

# Permasalahan Lanjut Usia di Daerah Perdesaan Terpencil

## Problems of The Elderly in Remote Rural Area

Laurentius Aswin Pramono\* Cornelles Fanumbi\*\*

\*Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, \*\*Subbagian Lanjut Usia Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tenggara Barat

### Abstrak

Dalam kurun waktu 35 tahun sejak tahun 1990, jumlah lanjut usia (lansia) di Indonesia meningkat 414% dan akan berada pada peringkat kelima negara dengan lansia terbesar pada tahun 2025. Seperti umumnya di negara berkembang, lebih dari dua per tiga lansia hidup di wilayah perdesaan terpencil. Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan dan membahas berbagai masalah gangguan kesehatan, sosial budaya, pelayanan, dan program-program kesehatan lansia di Kepulauan Tanimbar Provinsi Maluku. Penelitian dengan metode kualitatif melalui observasi, partisipasi, dan wawancara terhadap 30 lansia di dua wilayah semiurban dan 6 wilayah perdesaan terpencil di kepulauan Tanimbar Provinsi Maluku pada bulan April-Juni 2010. Pengumpulan data, diskusi, dan wawancara dilakukan terhadap pemegang program lansia di dinas kesehatan dan puskesmas. Gangguan kesehatan yang banyak dialami lansia adalah artralgia genu, gastritis kronis, nyeri pinggang bawah, katarak, hipertensi, dan diabetes melitus. Masalah sosial budaya akibat urbanisasi membuat para lansia tinggal sendiri tanpa perawatan anak atau cucu. Pelayanan kesehatan terlihat belum optimal, sarana/prasarana terbatas, aspek promosi kesehatan terabaikan, serta tenaga kesehatan yang memperhatikan kesehatan lansia masih kurang. Pos pelayanan terpadu (posyandu) lansia belum efektif, informasi minimal, kader belum optimal menunjang kebutuhan lansia. Ke depan, perlu memperkuat sistem pelayanan kesehatan lansia; peningkatan perhatian dan kemitraan dengan lembaga eksekutif dan legislatif; serta melakukan inovasi strategi pendidikan, pelayanan, dan penelitian di bidang kesehatan lansia di daerah terpencil dan perdesaan Indonesia.

**Kata kunci:** Kesehatan, lanjut usia, perdesaan

### Abstract

Indonesia is a country with the highest increase numbers of elderly in the world. In the range 35 years since 1990, the increase number of the elderly will be 414% that will set Indonesia in the fifth rank of the highest elderly in the world by the year of 2025. In most developing countries on the world,

more than two third elderly live in remote and rural area. The aim of this study is to descript and discuss statistic data, health, health services, and programs for elderly in remote and rural Indonesia represented by Tanimbar Islands Maluku Province. The study use qualitative method by observation, participation, and interview with 30 elderly from 2 semiurban and 6 rural area in remote, rural, new developing administration district, and outer islands of Republic Indonesia, Tanimbar Islands, Maluku Province in April to June 2010. We also interview and discuss elderly problems with elderly section program in health department West-Southeast Maluku region and elderly program personnel in public health center. From the study, we found major health problems of the elderly in Tanimbar are genus artralgia, chronic gastritis, lower back pain, cataract, hypertension, and diabetes mellitus. Social and culture problems are urbanization which make elderly living alone. Integrated service section for elderly aren't effective, minimal information, and the human resources aren't optimal enough to support elderly needs. In the future, we must strengthen our health services system for elderly; expands the concern and networking with executive and legislative board; do education, service, and research innovations and strategies in the field of elderly health in remote rural Indonesia.

**Key words:** Health, elderly, rural areas

### Pendahuluan

Sejalan dengan pertumbuhan ekonomi, kemajuan diagnosis, serta terapi di bidang kedokteran maka angka harapan hidup penduduk Indonesia memperlihatkan terdapat peningkatan.<sup>1</sup> Hal tersebut berdampak pada peningkatan jumlah penduduk lanjut usia (lansia) di Indonesia yang berusia di atas 60 tahun. Perserikatan Bangsa

Alamat Korespondensi: Laurentius Aswin Pramono, Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK Universitas Indonesia, Jl. Diponegoro No. 71 Jakarta Pusat 10430, Hp. 08129249234, e-mail: l\_aswin@hotmail.com

Bangsa (PBB) memperkirakan Indonesia merupakan salah satu negara dengan ledakan jumlah lansia tertinggi di seluruh dunia yaitu sekitar 414% dalam kurun waktu 35 tahun pada periode tahun 1990 – 2025.<sup>2,3</sup> Pada tahun 2025, diperkirakan Indonesia menjadi negara dengan jumlah penduduk lansia terbanyak kelima di seluruh dunia setelah China, India, Amerika Serikat, dan Jepang.<sup>4</sup> Saat ini, proporsi penduduk lansia di Indonesia diperkirakan sekitar 8,0%.<sup>2</sup> Apabila diasumsikan jumlah penduduk Indonesia adalah 250 juta jiwa maka jumlah penduduk lansia sekitar 20 juta jiwa. Proporsi tersebut merupakan hasil kumulatif peningkatan setiap dekade, pada tahun 1990 dan 2000 masing-masing adalah 5,8% dan 7,4%.<sup>2,3</sup> Pada tahun 2020, diperkirakan 11,4% penduduk Indonesia (29,2 juta jiwa) berusia di atas 60 tahun dan pada tahun 2040 jumlah ini akan meningkat menjadi 19,7% (55,5 juta jiwa). Dalam waktu tiga dekade mendatang, proporsi lansia akan lebih besar dibandingkan proporsi anak di bawah usia 14 tahun.<sup>1,5</sup>

Di satu sisi, peningkatan angka harapan hidup membawa kebaikan bagi salah satu indikator kesehatan bangsa. Namun di sisi lain, hal tersebut mengarah pada transisi epidemiologi, ditandai dengan pergeseran pola penyakit dari penyakit infeksi menjadi penyakit degeneratif yang berhubungan dengan proses penuaan. Berbagai penyakit tersebut antara lain diabetes melitus, hipertensi, demensia, pembesaran prostat jinak, katarak, dan beragam masalah kejiwaan pada lansia seperti depresi, ansietas, dan gangguan tidur. Kondisi tersebut akan berdampak pada peningkatan kesakitan dan kematian, penurunan kualitas hidup, peningkatan biaya kesehatan, serta kemunculan beragam masalah sosial kemasyarakatan. Sebagai negara berkembang, Indonesia masih menghadapi banyak tantangan dalam meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan hidup lansia. Pada tahun 2004, Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat memperkirakan sekitar 18,7% lansia di Indonesia hidup dengan uang kurang dari US \$ 1 (sekitar Rp. 9.100,00) dalam sehari.<sup>1</sup> Data ini mengindikasikan bahwa sampai saat ini, kesejahteraan lansia di Indonesia masih belum tercapai secara optimal. Dibutuhkan perhatian yang serius dari pemerintah, tenaga kesehatan, dan peneliti untuk mendorong berbagai program peningkatan kesehatan dan kesejahteraan lansia di Indonesia.

Di daerah pedesaan dan terpencil, misalnya di kepulauan, perbatasan, kabupaten hasil pemekaran, dan wilayah geografis yang sulit dijangkau, kondisi pelayanan lansia tersebut diperkirakan semakin sulit. Kemiskinan, tingkat pendidikan yang rendah, lapangan pekerjaan yang terbatas, sarana/prasarana publik yang buruk, perhatian pemerintah daerah yang kurang, pergeseran nilai-nilai sosial budaya, serta kualitas sumber daya manusia yang rendah menjadi penyebab masalah kesehatan lansia di Indonesia. Beragam permasalahan tersebut harus men-

dapat solusi demi perbaikan kesejahteraan lansia.

Penelitian ini membahas beragam permasalahan lansia di salah satu daerah terpencil perdesaan Indonesia yaitu di Kepulauan Tanimbar Kabupaten Maluku Tenggara Barat Provinsi Maluku. Tujuan dari penelitian ini adalah memberikan gambaran lansia di Kepulauan Tanimbar; memberikan gambaran tentang persepsi lansia tentang kehidupan sehari-hari dan pelayanan kesehatan di wilayahnya masing-masing; memaparkan secara mendalam tentang berbagai masalah lansia; dan memberikan solusi terhadap permasalahan lansia di Kepulauan Tanimbar. Hasil penelitian ini diharapkan menjadi masukan bagi petugas kesehatan dan pemerintah daerah agar lebih memperhatikan kesehatan dan kesejahteraan lansia di wilayah terpencil perdesaan Indonesia.

## Metode

Penelitian ini dilakukan dengan metode kualitatif melalui observasi, partisipasi, dan wawancara terhadap 30 lansia yang berasal dari 2 wilayah semiurban (Saumlaki dan Larat) serta 6 wilayah pedesaan (Amdasa, Arui Bab, Alusi Bugjalim, Alusi Thamrian, Meyano Bab, dan Arma) selama program skrining katarak dan pengobatan lansia di Kepulauan Tanimbar Kabupaten Maluku Tenggara Barat pada bulan April sampai dengan Juni 2010. Kunjungan dilakukan dalam rangka dinas rutin sebagai dokter pegawai tidak tetap (PTT) ke desa dan kecamatan di Kepulauan Tanimbar. Selain itu, dilakukan pengambilan data, wawancara, dan diskusi bersama petugas kesehatan dan pengurus program lansia di Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tenggara Barat. Hasil partisipasi, observasi, dan wawancara dirangkum secara deskriptif berdasarkan persepsi lansia tentang berbagai masalah yang dialami, selanjutnya dianalisis dan dibahas menggunakan berbagai referensi terkait.

## Hasil

### Profil Lansia

Di Kepulauan Tanimbar Kabupaten Maluku Utara, jumlah penduduk lansia berusia di atas 60 tahun sebanyak 8.762 orang, jumlah pos pelayanan terpadu (posyandu) lansia sebanyak 13 buah, cakupan program posyandu lansia sebesar 18,8%, dan jumlah lansia yang aktif di posyandu sebanyak 1.271 orang (Tabel 1). Proporsi cakupan program posyandu lansia pada seluruh penduduk lansia di Kepulauan Tanimbar adalah 14,5% (Gambar 1).

### Persepsi Lanjut Usia

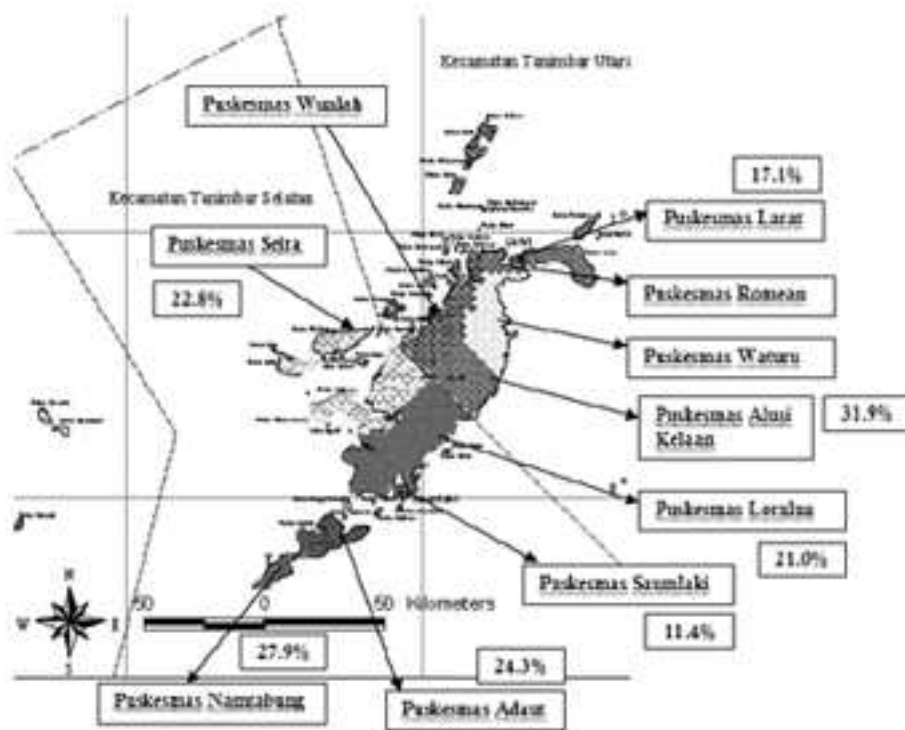
Untuk memperoleh gambaran persepsi lansia tentang kehidupan dan pelayanan kesehatan dilakukan wawancara terhadap lansia yang terdapat di 8 wilayah di Kepulauan Tanimbar. Wawancara acak dilakukan terhadap 7 lansia dari Saumlaki, 5 lansia dari Larat, dan

**Tabel 1. Jumlah Lansia, Posyandu Lansia, dan Cakupannya di Kepulauan Tanimbar Kabupaten Maluku Tenggara Barat**

Puskesmas Kecamatan	Jumlah Penduduk	Jumlah Lansia	Jumlah Posyandu Lansia	Jumlah Lansia Aktif di Posyandu	Cakupan Program
Saumlaki	27.547	2.341	4	268	11,4%
Lorulun	10.129	861	1	181	21,0%
Alusi Kelaan	6.099	518	1	165	31,9%
Adaot	8.309	736	1	179	24,3%
Namtabung	4.056	315	1	88	27,9%
Seira	10.106	859	4	196	22,8%
Waturu	7.340	624	-	-	-
Larat	13.316	1.132	1	194	17,1%
Romean	5.556	472	-	-	-
Wunlah	10.630	904	-	-	-
<b>Total</b>	<b>103.888</b>	<b>8.762</b>	<b>13</b>	<b>1.271</b>	<b>18,8%*</b>

Keterangan :

\*Proporsi cakupan total hanya mengikutsertakan puskesmas kecamatan yang mempunyai posyandu lansia


**Gambar 1. Peta Cakupan Program Posyandu Lansia di Kepulauan Tanimbar Maluku Tenggara Barat**

masing-masing 3 lansia dari setiap desa. Wawancara dilakukan pada saat berlangsung program skrining katarak dan pengobatan massal lansia. Total seluruh lansia adalah 30 orang.

#### Kegiatan Rutin

Kegiatan sehari-hari lansia laki-laki di desa adalah berkebun sedangkan lansia perempuan di samping berkebun juga menenun kain. Kegiatan berkebun dilakukan

selama 6 hari seminggu dalam waktu 4 – 5 jam sehari. Aktivitas berkebun meliputi menanam pada musim tanam dan mengambil hasil kebun pada waktunya. Beberapa komoditas pertanian antara lain pisang, kelapa, sagu, ubi (patatas), kacang panjang, bayam, dan kangkung. Sisa waktu dimanfaatkan untuk berdiam di gubuk di kebun, pulang ke rumah untuk beristirahat, makan, tidur, memasak, membersihkan rumah, mencuci, serta berbincang dengan keluarga atau tetangga. Hari

Minggu pergi ke gereja selama 2 jam, setelah itu beristirahat sehari di rumah. Umumnya, mereka tidak terlibat langsung kegiatan gereja. Mereka mengikuti kegiatan gereja setiap hari Minggu dan hari raya. Lansia yang berasal dari Saumlaki mengisi waktu sehari-hari dengan membersihkan rumah, memasak, dan menjaga cucu. Para pensiunan pegawai negeri sipil (PNS) meluangkan waktu membaca buku dan mengisi buku teka-teki silang. Hari Minggu, mereka pergi ke gereja dan berkumpul dengan teman sesama lansia setelah perayaan misa. Lansia di perdesaan dan semiurban tidak mempunyai hobi menonton televisi, arisan, dan olahraga. Sebagian besar mengisi waktu senggang dengan membersihkan rumah dan tidur.

#### Hubungan dengan Anggota Keluarga

Seluruh lansia di desa mengaku satu atau lebih anak mereka bermukim di luar pulau dan tidak pernah bertemu dalam 1 tahun terakhir. Sebagian besar mengaku tinggal seorang diri, bersama suami/istri atau saudara kandung. Anak dan cucu mereka pergi bersekolah, bekerja di Pulau Jawa, Ambon, Makassar atau berwiraswasta di kota yang lebih besar. Hampir seluruhnya mengaku menjalani kehidupan sehari-hari dalam kesepian. Seluruh lansia tersebut ingin setiap saat dirawat anak-anak dan bertemu dengan cucu-cucu mereka di desa. Sebagian besar mengatakan tetap ingin bertemu dengan anak-anak dan cucu-cucu mereka meskipun ada teman dan saudara kandung di desa. Hubungan kekeluargaan dengan sesama famili cukup erat. Sebagian besar famili berasal dari desa tertentu misalnya marga Felnditi hanya ditemui di Arui Bab, Angwarmase di Amdasa, Titirloby di Meyano Bab, dan Siletty di Arma. Nama marga yang cukup banyak di Saumlaki adalah Fatlolon, Ratuanak, dan Ratuanik sedangkan nama marga yang dominan di Larat adalah Jadera. Lansia dari semiurban (Saumlaki dan Larat) mengaku tinggal bersama suami/istri, salah satu anak atau cucu mereka. Lansia yang tinggal di perdesaan dan semiurban memperlihatkan karakteristik yang berbeda. Lansia di semiurban lebih suka berkumpul bersama dengan seluruh anggota keluarga. Sebagian besar anak-anak mereka bekerja di kota yang sama sebagai PNS, wiraswasta, dan petugas keamanan. Meskipun beberapa anak mereka pergi ke luar pulau untuk sekolah atau bekerja, mereka tidak merasakan kesepian karena mengikuti kegiatan di gereja dan masih bertemu dengan anak-anak dan cucu-cucu yang bermukim di wilayah yang sama.

#### Gangguan Kesehatan

Seluruh lansia di perdesaan dan semiurban mempunyai keluhan nyeri sendi lutut yang mengakibatkan gangguan gerak dan rasa tidak nyaman yang menetap. Mereka menamakan keluhan tersebut sebagai asam urat

dan biasanya mendapat obat parasetamol atau asam mefenamat dari puskesmas kecamatan atau puskesmas pembantu. Beberapa lansia mendapatkan *allopurinol* tanpa menjalani pemeriksaan kadar asam urat. Sebagian besar lansia mengeluh gangguan penglihatan dan nyeri punggung bawah. Di ibu kota kecamatan, semua lansia yang diwawancarai mengidap hipertensi (tekanan darah  $\geq 140/90$  mmHg), sementara di Larat, 4 dari 5 lansia mengidap hipertensi. Lansia yang bermukim di wilayah pedesaan hanya berjumlah 2 dari 18 lansia yang mengidap hipertensi.

Seluruh lansia dari pedesaan dan sebagian besar dari urban dan semiurban menderita katarak imatur dan matur di satu atau kedua mata mereka. Program skrining berhasil menjangkau mereka untuk menjalani operasi di Saumlaki oleh dokter spesialis mata dari Ambon. Tujuh dari 12 lansia Saumlaki dan Larat menderita penyakit diabetes melitus, sementara lansia dari pedesaan tidak ada yang merasa menderita penyakit tersebut. Masalah kesehatan lain yang cukup menonjol adalah gastritis kronis yang dianggap penyakit jantung. Keluhan yang umum disampaikan adalah nyeri pada ulu hati. Setelah anamnesis dan pemeriksaan fisik lebih dalam, keluhan tersebut ternyata gejala sindrom dispepsia yang merupakan manifestasi gastritis kronis.

Gangguan fungsi kognitif dinilai berdasarkan beberapa pertanyaan singkat tentang pengetahuan waktu, pengenalan diri, dan perintah tidak dialami oleh sebagian besar lansia di perdesaan dan semiurban. Berdasarkan beberapa pertanyaan singkat tentang perasaan dan kegiatan sehari-hari, sebagian besar lansia tidak menunjukkan gejala gangguan emosional. Sebagian besar lansia tidak mengalami kesulitan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari dan tidak ada satu pun lansia yang membutuhkan bantuan orang lain untuk aktivitas sehari-hari. Lansia di perdesaan dan semiurban tidak menunjukkan status kognitif, emosional, dan fungsional yang berbeda.

#### Pelayanan Kesehatan

Seluruh lansia di semiurban mengatakan pelayanan kesehatan di wilayah mereka sudah cukup baik, tetapi masih perlu ditingkatkan. Di puskesmas kecamatan selalu tersedia dokter umum dan perawat yang menjalankan berbagai program sesuai tugas. Namun, tidak ada pelayanan kesehatan khusus untuk lansia seperti skrining status fungsional, emosional, gizi, dan fungsional. Pelayanan di puskesmas rawat jalan dan rawat inap tidak membedakan pasien lansia dan umum. Sebagian besar lansia mengatakan dokter dan perawat hanya mengobati sakit, tidak meluangkan waktu lebih lama untuk mendengarkan cerita dan keluhan mereka. Beberapa lansia mengatakan tidak mendapat nasihat yang bermanfaat dan lengkap terhadap masalah kesehatan mereka. Sebagian besar lansia di perdesaan mengatakan pelayanan kesehatan di

wilayah mereka belum berjalan secara optimal. Di puskesmas, dokter hanya hadir 2 bulan lalu kosong untuk jangka waktu yang lama. Beberapa lansia mengingat nama dokter PTT yang bekerja di puskesmas di wilayahnya, tetapi kehadiran mereka hanya dalam waktu yang sangat singkat (2 – 3 bulan), kemudian puskesmas kosong dan hanya diisi oleh mantri atau perawat yang merangkap kepala puskesmas. Sebagian lansia di pedesaan lebih percaya pada dukun yang disebut sebagai ‘orang pintar’ dibandingkan perawat atau mantri. Para lansia tersebut mengaku jarang ke puskesmas karena puskesmas tidak ada dokter.

Lansia di semiurban dan perdesaan menyatakan sarana/prasarana kesehatan di wilayah mereka kurang memadai untuk berobat. Sebagian lansia menyatakan harga berobat mahal apabila sampai dirawat inap di puskesmas, tetapi keluhan tidak kunjung membaik. Seluruh lansia di Saumlaki dan Larat mengatakan lebih senang bila dirujuk ke Ambon untuk berobat di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) M. Haulussy Ambon karena peralatan yang lengkap, selalu tersedia dokter, dan bila membutuhkan penanganan spesialis atau pembedahan akan lebih mudah.

#### **Program Kesehatan**

Seluruh lokasi wawancara merupakan wilayah kerja puskesmas yang menjalankan program posyandu lansia, kecuali Desa Arma wilayah kerja Puskesmas Waturu. Ketiga lansia di Desa Arma tidak mempermasalahkan program lansia. Di lokasi yang lain, seluruh lansia menyatakan program posyandu lansia tidak berjalan efektif, program kerja tidak diketahui secara jelas, dan kurang bermanfaat seperti yang diharapkan. Sebagian besar lansia juga kurang mengetahui kelanjutan posyandu lansia di wilayah masing-masing karena sudah lama tidak mendapatkan kabar tentang program tersebut. Sebagian besar juga mengatakan kader posyandu lansia tidak selalu berada di tempat, tidak memberikan informasi dan jadwal yang jelas untuk program rutin dan bukan rutin. Berbagai program lansia seperti ceramah kesehatan dan pengobatan lebih sering diadakan oleh gereja tempat mereka beribadah. Lansia yang pernah mengikuti acara posyandu lansia menganggap program sudah cukup baik, tetapi kurang bervariasi antara lain pengobatan massal, ceramah kesehatan, dan rekreasi lansia. Para lansia berharap kegiatan yang lebih bervariasi, tetapi mereka tidak menjelaskan program yang diinginkan.

Para lansia mengatakan bahwa kegiatan-kegiatan posyandu lansia hanya terpusat di puskesmas kecamatan dan sekitarnya. Program tersebut kurang menjangkau desa-desa yang hanya terdapat puskesmas pembantu. Sementara puskesmas pembantu banyak yang terbengkalai, tidak menjalankan program lansia dan program-program yang lain. Mereka mengharapkan posyandu lan-

sia menjadi tempat berkumpul, pengobatan, ceramah kesehatan, bermain, makan-makan, serta tempat membagi bingkisan atau hadiah bagi para lansia di wilayah mereka.

#### **Harapan Masa Depan**

Seluruh lansia yang diwawancara mempunyai beberapa harapan yang sama terhadap pelayanan kesehatan dan program lansia. Mereka mengharapkan pelayanan kesehatan di wilayah mereka ditingkatkan, petugas kesehatan lebih rajin dan selalu tersedia di puskesmas, serta program-program berjalan dengan baik. Kepedulian petugas kesehatan terhadap kelompok lansia diharapkan ditingkatkan, tetapi tidak ada lansia yang mengeluhkan sarana/prasarana publik serta kesejahteraan lansia di wilayah mereka. Seluruh lansia menerima pekerjaan dan kondisi hidup mereka sehari-hari serta tetap ingin tinggal di wilayah mereka masing-masing.

#### **Pembahasan**

##### **Kepulauan Tanimbar**

Kepulauan Tanimbar di Kabupaten Maluku Tenggara Barat dapat menjadi representasi yang baik untuk menggambarkan daerah terpencil dan perdesaan Indonesia dengan beberapa pertimbangan yaitu: (1) kepulauan ini berjarak jauh dari ibu kota provinsi (Ambon) sehingga memerlukan transportasi udara dan laut yang mahal dan untuk mencapai desa-desa masih dibutuhkan transportasi darat dan laut. Kondisi ini menyebabkan berbagai daerah di Tanimbar termasuk kategori terpencil; (2) desa-desa di Tanimbar belum mempunyai sarana/prasarana komunikasi yang baik, belum ada jaringan telekomunikasi yang lancar antara satu daerah dengan daerah yang lain; (3) Kepulauan Tanimbar sebagian besar terdiri dari daerah perdesaan dengan semua ciri khasnya, sementara Saumlaki dan Larat merupakan daerah semiurban tetapi dengan kondisi yang tidak jauh berbeda; (4) Kepulauan Tanimbar secara geografis merupakan pulau-pulau terluar Republik Indonesia yang membatasi bagian tenggara Indonesia dengan Samudera Hindia dan Australia; (5) secara politik, Kabupaten Maluku Tenggara Barat merupakan kabupaten yang baru berusia 8 tahun hasil pemekaran Kabupaten Maluku Tenggara.

Pemilihan lapangan pengamatan untuk studi epidemiologi dan studi kualitatif sangat penting untuk generalisasi hasil penelitian serta nilai informasi yang diberikan. Penelitian yang dilakukan pada komunitas lansia di perdesaan India, Chacko,<sup>6</sup> memilih populasi studi 3 desa di wilayah Kaniyambadi di Ascot Utara India. Meskipun tidak diutarakan alasan secara eksplisit, tetapi dinyatakan ketiga desa tersebut mempunyai karakteristik geografis dan sosial sama yang mewakili kondisi perdesaan di India secara umum. Mayoritas penduduk lansia di ketiga desa tersebut hidup sebagai petani yang merupakan pro-





Gambar 2. Skema Mata Rantai Permasalahan Lansia di Daerah Terpencil dan Perdesaan

fesi sebagian besar penduduk lansia di perdesaan India. Penelitian komunitas lansia lain di perdesaan Korea yang dilakukan oleh Ahn,<sup>7</sup> juga melakukan pemilihan lapangan pengamatan secara selektif di kawasan perdesaan Kangwon, salah satu provinsi di Korea Selatan. Alasan pemilihan secara geografis dan sosial adalah Kangwon mengintegrasikan daerah perdesaan dan urban dalam satu wilayah sehingga memperlihatkan perbedaan yang kontras. Proporsi lansia di daerah ini dilaporkan sangat tinggi dengan rasio ketergantungan lebih tinggi dibandingkan angka nasional. Hal tersebut memberikan ciri khusus pada populasi lansia di Kangwon berupa hidup kekurangan dan tidak mempunyai kekuatan sosial dan politik.

Pengamatan di Tanimbar juga bertujuan untuk mendeskripsikan permasalahan lansia golongan sosial ekonomi menengah ke bawah di daerah terpencil dan perdesaan yang tanpa kekuatan sosial dan politik. Menurut Braithwaite,<sup>8</sup> kemiskinan dan kelemahan sosial politik yang disandang lansia mengarahkan mereka pada disfungsi sosial, peningkatan mortalitas dan morbiditas, serta akses pelayanan promosi dan pencegahan kesehatan yang rendah. Kondisi tersebut bagaikan mata rantai yang tidak pernah putus. Kemiskinan menimbulkan disfungsi sosial dan politik yang bermuara pada akses pelayanan kesehatan yang rendah dan meningkatkan gangguan kesehatan, kesakitan, dan kematian serta menurunkan kualitas hidup lansia (Gambar 2).

Sebagai salah satu kepulauan di wilayah timur Indonesia, Tanimbar diharapkan mewakili Indonesia yang berbentuk kepulauan dengan jangkauan antardaerah yang sulit, tingkat pendidikan dan pengetahuan masyarakat yang rendah, serta sumber daya manusia yang secara kualitas dan kuantitas terbatas. Dinas kesehatan di wilayah ini mampu merepresentasikan dinas kesehatan kabupaten di wilayah lain yang belum memprioritaskan masalah lansia. Pemahaman tentang kesehatan

lansia yang rendah umum terjadi di berbagai wilayah perdesaan terpencil Indonesia.

#### Gangguan Kesehatan Lansia

Gangguan kesehatan merupakan salah satu perhatian utama sebagian besar penelitian lansia di daerah perdesaan. Daftar morbiditas spesifik yang mendapat perhatian di kawasan perdesaan India antara lain gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, gangguan mental emosional, diabetes melitus, hipertensi, dan penyakit jantung koroner. Tidak ada perbedaan prevalensi gangguan pendengaran dan penglihatan antara lansia di perdesaan dan urban. Namun secara mencolok, terdapat perbedaan prevalensi diabetes melitus (5,3% dan 16,4%); hipertensi (11,0% dan 20,8%), dan penyakit jantung koroner (11,7% dan 23,3%) di perdesaan dan urban yang lebih tinggi.<sup>9</sup> Penelitian di Tanimbar menggunakan metode kualitatif sehingga tidak memberikan informasi prevalensi, tetapi hasil wawancara dan pemeriksaan fisik sederhana memperlihatkan bahwa proporsi hipertensi lebih tinggi pada lansia di semiurban. Hal yang sama ditemukan pada penyakit diabetes melitus, tetapi informasi ini rentan bias karena tidak dilakukan pengukuran kadar glukosa darah. Kemungkinan lain, informasi dan pelayanan pemeriksaan kadar glukosa darah lansia di Saumlaki dan Larat lebih banyak dibandingkan di perdesaan sehingga terjadi bias informasi.

Proporsi hipertensi dan diabetes melitus yang lebih tinggi di wilayah semiurban dapat disebabkan oleh beberapa hal. Pertama, pemeriksaan kadar glukosa darah dan informasi lansia pada semiurban lebih baik. Kedua, pola hidup dan diet yang berbeda. Transisi epidemiologi terjadi akibat perubahan pola makan dan hidup, meningkatkan prevalensi penyakit degeneratif dan metabolik seperti hipertensi, diabetes melitus, dan penyakit jantung koroner. Untuk itu, perlu dilakukan studi lebih jauh dengan menggunakan pengukuran kadar

glukosa darah.

Gangguan kesehatan lain yang sering ditemui pada lansia di Tanimbar adalah katarak, gastritis kronis, artralgia genu, dan nyeri pinggang bawah. Seluruh lansia di pedesaan dan sebagian besar lansia dari Saumlaki dan Larat menderita katarak imatur dan matur pada satu mata atau kedua mata. Temuan ini sama dengan penelitian sebelumnya, prevalensi katarak tinggi pada lansia di Kayambadi (55,3%). Seluruh lansia menderita artralgia genu, yang menurut mereka disebabkan oleh asam urat. Hal yang sama ditemukan oleh Chacko,<sup>6</sup> di India dengan prevalensi (30,6%) yang tinggi. Status kognitif yang ditentukan dengan 5 pertanyaan ringkasan *Abbreviated Mental Test* menemukan sebagian besar lansia mempunyai daya ingat dan berpikir yang baik. Status emosional yang diperoleh melalui 5 pertanyaan hasil modifikasi dan ringkasan terhadap *Geriatric Depression Scale* menunjukkan sebagian besar lansia mempunyai status emosional yang baik dan perasaan yang tenang. Seluruh lansia mempunyai status fungsional baik yang dapat melakukan aktivitas sehari-hari tanpa bantuan orang lain.

Hasil wawancara dan pengamatan selama bertugas di Puskesmas Saumlaki dan Larat, masalah-masalah lansia yang ditemukan umumnya tidak perlu rujukan ke kota-kota besar, seperti pembedahan, pemeriksaan penunjang canggih atau prosedur invasif. Kebanyakan obat untuk masalah kesehatan lansia telah tersedia di puskesmas di semiurban dan pedesaan. Namun, para lansia senang dirujuk ke rumah sakit Ambon karena penanganan lebih khusus yang diharapkan dapat menyelesaikan masalah kesehatan mereka.

### Masalah Sosial Budaya

Urbanisasi merupakan salah satu penyebab masalah sosial budaya lansia di daerah pedesaan terpencil di Indonesia. Urbanisasi meningkatkan jumlah lansia yang hidup sendiri, tanpa anak atau cucu yang merawat mereka. Sebagian besar lansia di pedesaan Tanimbar hidup hanya dengan pasangan (suami atau istri) atau saudara kandung yang juga lansia. Seluruh lansia tersebut menginginkan dirawat dan tinggal bersama anak atau cucu mereka. Mereka mengaku kesepian karena sudah lama tidak bertemu dengan anak atau cucu mereka. Para lansia di pedesaan juga harus berhadapan dengan masalah ekonomi, mereka harus mencari nafkah untuk kebutuhan hidup sehari-hari. Kunjungan keluarga yang jarang dan tidak teratur mengakibatkan kiriman bantuan biaya untuk kebutuhan sehari-hari terhambat diterima. Tekanan ekonomi tersebut memaksa para lansia tetap bekerja meskipun sudah berusia pensiun. Selain itu, perawatan diri tidak optimal akibat tidak ada keluarga yang membantu merawat mereka. Berbeda halnya dengan negara-negara maju yang mempunyai sistem perawatan lansia yang baik. Di negara maju seperti Amerika Serikat dan

negara-negara Eropa Barat, perawatan kesehatan lansia yang dilaksanakan di rumah mempunyai perangkat dokter keluarga, perawat, ahli kaki, psikolog, dietisien, pekerja sosial, farmakolog, serta prasarana diagnosis, suportif, dan pemeriksaan kesehatan yang lengkap.<sup>10</sup> Sistem perawatan kesehatan berbasis rumah yang terintegrasi bagi para lansia membuat peran keluarga menjadi lebih kecil serta biaya kesehatan dapat ditekan.

Indonesia belum mempunyai sistem yang baik dan lengkap seperti di negara-negara maju sehingga peran keluarga merawat lansia masih sangat besar. Masalah yang muncul akibat ketiadaan keluarga adalah keterbengkalai-an kesehatan, peningkatan morbiditas dan mortalitas, penurunan kemampuan mencegah penyakit, serta penurunan kualitas hidup dan kesejahteraan lansia. Kenyataan ini diperberat oleh ketiadaan jaminan sosial atau dana pensiun serta keharusan bekerja yang menuntut aktivitas fisik seperti berkebun atau menenun. Meskipun Indonesia mempunyai nilai-nilai tradisi sosial budaya yang kuat terutama di daerah pedesaan, tetapi telah terjadi pergeseran nilai yang membuat hubungan kekeluargaan generasi tua dan muda menjadi renggang. Di daerah pedesaan Tanimbar, perawatan lansia tidak diperhatikan generasi muda yang mempunyai pekerjaan, sekolah, dan karir di kota-kota besar. Lansia tidak ikut ke kota atau luar pulau karena sudah tua, ingin menghabiskan sisa hidup di desa bersama teman-teman dan kerabat, dan tidak tahu pekerjaan di kota besar.

Indonesia perlu belajar tentang perawatan keluarga dan masalah sosial budaya dari negara lain seperti Jepang yang mempunyai tradisi perawatan keluarga yang baik. Sebagian besar lansia di pedesaan Jepang dirawat oleh anggota keluarga anak atau menantu perempuan. Kondisi ini berhubungan erat dengan tradisi dan budaya masyarakat pedesaan Jepang yang mengharuskan anggota keluarga perempuan berperan besar pada perawatan lansia. Akibat kemajuan dunia kerja dan persaingan di Jepang, tradisi ini menimbulkan masalah beban keluarga yang sangat besar. Keseimbangan yang akhirnya dicapai adalah tetap mempertahankan tradisi yang dipadukan dengan sistem baru *Long Term Care Insurance (LTCI)* yang diterapkan sejak tahun 2001. Kebijakan LTCI mencakup perawatan rumah (*home care*) dan perawatan di institusi kesehatan (*institutional care*).<sup>11</sup> Di dalam kebijakan ini, perawatan kesehatan penduduk usia > 40 tahun ditanggung asuransi kesehatan yang dikelola pemerintah. Perawatan rumah terdiri dari pelayanan bantuan, keperawatan bantuan, rehabilitasi kesehatan di rumah, pelayanan harian, perawatan harian, pemeriksaan kesehatan, serta beberapa perawatan lain yang dapat dilaksanakan di rumah. Sementara perawatan institusi mencakup rumah keperawatan khusus, fasilitas kesehatan umum untuk lansia, dan sanatorium lansia.<sup>11</sup>

Dalam praktek sehari-hari, peran perawat kesehatan

masyarakat (*public health nurse*) menjadi sangat penting. Mereka merupakan salah satu ujung tombak pelaksanaan program LTCI di lapangan. Beberapa fungsi yang dijalankan perawat kesehatan masyarakat dalam pelaksanaan LTCI antara lain agen promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, menetapkan standar dan memonitor kebutuhan pelayanan, identifikasi lansia terisolasi beserta keluarganya, perencana pelayanan kesehatan berbasis komunitas, manajer program-program yang tercakup di dalam LTCI, serta mengembangkan program LTCI. Secara umum, keterjangkauan program luas dan memberikan kepuasan bagi lansia di perdesaan Jepang. LTCI dinilai membawa beberapa perubahan yang positif bagi kehidupan lansia di kawasan perdesaan Jepang.<sup>11</sup>

### Urgensi Pelayanan Kesehatan Lansia

Daerah perdesaan terpencil di berbagai negara, termasuk negara maju seperti Inggris dan Amerika Serikat, dihadapkan pada pola masalah yang serupa yaitu peningkatan populasi lansia, migrasi penduduk usia muda dan dewasa, serta sarana dan prasarana publik yang minim seperti sekolah, bank, pusat belanja, dan rumah sakit.<sup>12</sup> Permasalahan pelayanan kesehatan yang minim merupakan kondisi yang umum untuk golongan usia dewasa, muda, anak-anak, bayi, ibu hamil, terlebih bagi lansia. Di Indonesia, permasalahan semakin kompleks karena pengetahuan dan perhatian terhadap masalah kesehatan masyarakat lansia sangat terbatas.<sup>1</sup> Di seluruh wilayah Tanimbar, tidak ada pelayanan kesehatan khusus bagi lansia seperti pemeriksaan status geriatri terpadu, sarana/prasarana khusus seperti ruang rawat tempat rehabilitasi, serta kamar mandi yang didesain untuk lansia seperti kursi roda atau tongkat berjalan bagi lansia. Tidak ada perawat khusus bagi pasien lansia atau kunjungan kesehatan aktif ke pasien lansia di wilayah kerja puskesmas. Persepsi lansia yang juga menonjol adalah biaya obat yang mahal, terutama rawat inap dan penyakit kronis. Sebagian besar lansia yang pernah dirawat di puskesmas mengaku mengidap penyakit kambuhan. Kepatuhan pasien berobat juga rendah, jarang meminum obat dan mengontrol penyakit secara rutin, dan hanya datang ke pelayanan kesehatan setelah penyakit gawat atau sangat mengganggu. Fokus pelayanan kesehatan lansia baru sebatas kuratif, belum sampai promotif dan preventif.

Ketersediaan sarana/prasarana kesehatan, sistem pelayanan kesehatan, kehidupan sosial ekonomi, dan ketersediaan sumber daya manusia di daerah perkotaan dan pedesaan menimbulkan perbedaan pemanfaatan layanan kesehatan di wilayah urban dan perdesaan. Li,<sup>13</sup> di Provinsi Yunnan, China, lansia di urban mempunyai beberapa kelebihan antara lain pendapatan lebih besar, kesempatan menabung, mengikuti asuransi kesehatan, kenyamanan pelayanan dokter, kunjungan dokter di rumah,

dan frekuensi rawat inap di rumah sakit. Di Tanimbar, hal yang serupa juga terjadi, terutama penyediaan obat-obatan dan perlengkapan medis, yang sangat dominan adalah tenaga kesehatan profesional yang sangat kurang di kawasan perdesaan. Kondisi ini menurunkan keterjangkauan layanan kesehatan, meningkatkan mortalitas dan morbiditas, serta menurunkan kualitas hidup lansia di daerah terpencil dan perdesaan. Selain itu, jarak tempat tinggal dan pelayanan kesehatan yang jauh semakin menurunkan akses dan pemanfaatan layanan kesehatan di perdesaan.<sup>14</sup> Kondisi ini akan menurunkan cakupan pelayanan kesehatan dan meningkatkan masalah-masalah kesehatan lansia dan membuat aspek promotif dan preventif terhambat. Pemanfaatan pelayanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh lokasi tenaga dokter dan perawat serta ruang lingkup aktivitas medis.<sup>14</sup> Di Tanimbar, desa-desa yang berjarak jauh dari pusat kecamatan, puskesmas, serta keberadaan tenaga dokter dan perawat menurunkan pemanfaatan pelayanan kesehatan di wilayah perdesaan terpencil.

Daya beli masyarakat juga menjadi faktor keterediaan layanan kesehatan yang sangat penting. Pihak pemilik modal dan pengembang sarana/prasarana kesehatan tidak memilih daerah terpencil dan perdesaan yang mempunyai daya beli masyarakat yang rendah. Di Tanimbar, rumah sakit hanya terdapat di wilayah Saumlaki dan Larat karena daya beli masyarakat di kedua wilayah tersebut tinggi. Hal serupa tidak terjadi di negara berkembang dan negara maju seperti Australia. Di Australia, ketidakmerataan distribusi rumah sakit dan kelengkapan pelayanan lansia terlihat di sarana kesehatan di wilayah urban dan perdesaan.<sup>15</sup> Kenyataan ini tidak menunjang fakta demografi jumlah lansia di kawasan perdesaan Australia yang lebih tinggi dibandingkan jumlah lansia yang tinggal di kawasan urban.<sup>16</sup>

Jumlah lansia di wilayah semiurban dan perdesaan Tanimbar menunjukkan sekitar 60,3% lansia Tanimbar tinggal di wilayah perdesaan dengan fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih buruk, tenaga kesehatan lebih terbatas, pemanfaatan pelayanan kesehatan rendah, dan ketiadaan rumah sakit yang memperbesar kesenjangan antara kebutuhan sarana/prasarana, pelayanan, dan tenaga kesehatan dengan ketersediaan sumber daya. Fakta di Tanimbar dapat menjadi cermin bagi daerah-daerah perdesaan terpencil lain di seluruh Indonesia untuk membenahi pelayanan kesehatan lansia. Masalah pelayanan kesehatan banyak berhubungan dengan iklim politik yang bersifat lokal spesifik.<sup>17</sup> Indonesia yang telah menjalani otonomi daerah bidang kesehatan sejak tahun 2004, menyerahkan tanggung jawab kesehatan dan kesejahteraan lansia pada pemerintah kabupaten/kota (dinas kesehatan, badan perencanaan pembangunan daerah, dinas pekerjaan umum, dinas sosial, pemberdayaan perempuan) dan organisasi kemasyarakatan berhubungan



dengan lansia.

Di Indonesia, pelayanan kesehatan yang “ramah lanjut usia” merupakan tuntutan yang harus segera dipenuhi. Urgensi terhadap pelayanan kesehatan yang ideal di daerah perdesaan disebabkan oleh sekitar dua pertiga penduduk lansia di negara berkembang yang tinggal di pedesaan berada dalam kondisi termarginalisasi.<sup>9</sup> Di Indonesia, perhatian pemerintah daerah terhadap pelayanan kesehatan lansia harus ditingkatkan. Upaya yang perlu dilakukan adalah menambah dan mendisiplinkan tenaga kesehatan di wilayah kerja puskesmas kecamatan. Selain itu, pemerintah daerah perlu menerapkan desain besar pembangunan fisik dan mental pelayanan lansia secara memadai meliputi sarana/prasarana kesehatan serta keterampilan perawat dan sistem pelayanan kesehatan yang memprioritaskan lansia. Salah satu sistem yang dapat dicontoh adalah LTCI yang diterapkan di Jepang.<sup>11,18</sup> Strategi ini terbukti efektif mereduksi beban perawatan (waktu, tenaga, biaya, emosional) keluarga di daerah perdesaan Jepang. Pemanfaatan tenaga perawat kesehatan masyarakat juga memberikan tambahan lapangan pekerjaan dan pendapatan ekonomi bagi sebagian tenaga kerja. Pasien dan keluarga yang menjalani sistem LTCI menggunakan tenaga kerja profesional yang berintegrasi dengan keluarga untuk mengoptimalkan perawatan, meningkatkan kepuasan pasien dan keluarga, serta mampu mengatasi masalah sosial budaya di perdesaan Jepang.<sup>18</sup> Model tersebut perlu dipikirkan di Indonesia, dengan persiapan pengetahuan, pengalaman, sumber daya manusia, dan dukungan optimal pemerintah pusat dan daerah.

Kebijakan LTCI yang berlaku sejak tahun 2001, mengatur 4 petunjuk yang mengembangkan pelayanan infrastruktur untuk mempromosikan keberlangsungan fasilitas perawatan jangka panjang dan pelatihan tenaga kerja profesional. Sebagian besar pelayanan publik berubah menjadi pelayanan swasta. Biaya perawatan kesehatan ditanggung oleh asuransi. Empat petunjuk program LTCI yaitu mempromosikan organisasi nonprofit sebagai penyedia layanan, memperluas jangkauan kemitraan, mengelola tanah pertanian sebagai lahan pekerjaan lansia, serta meningkatkan kesejahteraan para pekerja medis, sosial, dan umum di bidang kesejahteraan lansia.<sup>19</sup> Melalui jaminan kesejahteraan para pekerja di bidang lansia, etos kerja dan optimalisasi program dapat tercapai sehingga memberikan kemajuan yang baik.

#### **Posyandu Lansia Program Utama**

Posyandu lansia merupakan implementasi salah satu pelayanan kesehatan lansia dalam sebuah program kerja konkret yang dapat direncanakan, dijalankan, terukur, dan dievaluasi. Posyandu lansia berperan sebagai unit fungsional dan struktural di puskesmas yang khusus menangani masalah-masalah kesehatan lansia dari aspek

promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Secara umum, posyandu lansia bertanggung jawab terhadap kualitas hidup dan kesehatan lansia di wilayah kerjanya. Hampir seluruh puskesmas di Indonesia menempatkan posyandu lansia sebagai program utama seksi lansia daerah karena terintegrasi berbagai macam aspek. Beberapa kegiatan klasik posyandu lansia meliputi pemeriksaan kesehatan, pengobatan massal, konsultasi kesehatan, promosi kesehatan, konseling, rekreasi bersama, dan rujukan. Posyandu lansia digerakkan oleh tenaga kesehatan puskesmas, pemegang program, dan para kader. Namun, cakupan program tersebut masih rendah, di Tanimbar sebesar 14,5% – 18,8% sehingga menimbulkan beberapa masalah antara lain data demografi lansia yang kurang valid karena data mencakup kurang 20% dari total penduduk; hanya sedikit lansia yang menikmati berbagai kelebihan posyandu lansia seperti pemeriksaan kesehatan gratis, penyuluhan maupun pengobatan massal; kesulitan mendeteksi berbagai permasalahan kesehatan yang dialami penduduk lansia di Tanimbar.

Di Tanimbar, faktor yang sangat berperan terhadap rendahnya pemanfaatan posyandu lansia adalah informasi program yang sangat kurang dan ketiadaan sumber daya manusia yang membina posyandu lansia secara rutin. Kecamatan Matesih Kabupaten Karanganyar berhasil menemukan beberapa keterbatasan yang menurunkan cakupan program posyandu lansia di Karanganyar yaitu usia yang semakin tua, demensia, kesibukan bekerja atau mencari uang, serta kesulitan transportasi mencapai posyandu. Beberapa faktor yang dapat memotivasi pemanfaatan posyandu lansia antara lain pengetahuan tentang pengertian, manfaat, serta berbagai program posyandu lansia, dukungan keluarga, dan pasangan. Pihak keluarga disarankan untuk selalu mengingatkan lansia tentang jadwal pelaksanaan kegiatan posyandu lansia di wilayah mereka. Sementara, petugas kesehatan disarankan untuk mengumumkan dan memberi ceramah tentang pengertian dan manfaat posyandu lansia.<sup>20</sup> Pengumuman kegiatan posyandu diletakkan di berbagai tempat yang biasa dikunjungi lansia misalnya tempat ibadah, seperti yang dilakukan di gereja-gereja Tanimbar yang memberikan hasil yang baik.

Di Tanimbar ditemukan program posyandu lansia yang tidak efektif mencapai tujuan dan menjangkau sasaran program. Seluruh lansia di semiurban dan perdesaan menyatakan informasi dan jadwal kegiatan posyandu lansia tidak jelas sehingga mereka tidak sering terlibat dalam kegiatan. Kader posyandu lansia tidak hadir secara rutin, program juga kurang menjangkau puskesmas pembantu atau desa-desa yang sangat terpencil. Temuan di Tanimbar bertolak belakang dengan temuan di Pekon Pardasuka, Kecamatan Pardasuka, Kabupaten Tanggamus. Keempat indikator efektivitas pelaksanaan program posyandu lansia yang ditetapkan meliputi kean-

dalan, empati, ketanggapan, dan kepastian, diperoleh pelaksanaan program telah efektif. Selain itu, responden juga mengaku puas dan nyaman terhadap pelayanan yang diberikan para kader posyandu lansia. Lansia yang tidak mampu secara ekonomi juga merasa terbantu dengan pemeriksaan kesehatan dan pengobatan di posyandu meskipun pelaksanaannya hanya satu kali setiap bulan.<sup>21</sup> Dapat disimpulkan bahwa efektivitas posyandu lansia berbeda antardaerah perdesaan di Indonesia, tergantung program kerja dan pelaksanaannya di masing-masing tempat. Efektivitas program posyandu lansia sejalan dengan kepuasan responden terhadap program-program tersebut. Dengan demikian, tingkat kepuasan dapat menjadi indikator penting keberhasilan posyandu lansia di suatu wilayah kerja. Di Puskesmas Darussalam Medan, diperoleh 100% responden mendapatkan pelayanan sedang, sementara mayoritas responden (77,6%) tidak puas terhadap program dan pelayanan posyandu lansia. Terdapat hubungan yang lemah ( $r = 0,483$ ) antara pelayanan kesehatan di posyandu dengan tingkat kepuasan responden. Fenomena ini menunjukkan bahwa apa pun dan bagaimana pun tingkat pelayanan kesehatan di posyandu lansia memberikan dampak terhadap tingkat kepuasan para lansia.

Promosi kesehatan merupakan aspek yang paling penting dalam kegiatan posyandu lansia. Di Finlandia, peningkatan efektivitas promosi kesehatan meningkatkan kesehatan dan perilaku sehat penduduk lansia. Status kesehatan dan perilaku sehat lansia di daerah perdesaan rendah akibat tingkat promosi kesehatan yang rendah, seperti yang lazim ditemukan pada berbagai studi kedokteran pencegahan dan promosi kesehatan ditemukan hubungan yang erat antara promosi kesehatan dan status kesehatan lansia.<sup>24</sup> Pengukuran pencegahan berbasis bukti dan kemitraan dalam komunitas berpengaruh terhadap promosi kesehatan lansia. Pada masa yang akan datang, studi-studi pengukuran perilaku dan hubungan dengan promosi kesehatan, terutama di daerah perdesaan terpencil di Indonesia perlu ditingkatkan.

#### **Masa Depan Lansia di Daerah Perdesaan Terpencil Indonesia**

Pada era otonomi daerah dan globalisasi, tantangan bidang kesehatan lansia di daerah perdesaan terpencil Indonesia akan semakin banyak. Di satu sisi, pemekaran dan otonomi daerah akan meningkatkan pembangunan dan mempersempit jangkauan kendali daerah-daerah terpencil. Hal tersebut akan membawa perubahan positif bagi kesejahteraan lansia di daerah perdesaan terpencil apabila dihadapi dengan persiapan, pengetahuan, visi, dan misi yang baik. Di sisi lain, tantangan dan permasalahan akan semakin kompleks. Masa depan lansia di daerah-daerah pelosok akan sangat bergantung pada pemerintah daerah, sumber daya manusia kesehatan, dan dukungan dari lembaga eksekutif dan legislatif.

Berdasarkan aspek akademis, penguatan sistem pendidikan lansia terpadu menjadi tuntutan masa depan yang mutlak. Selain pendidikan tingkat konsultan dan spesialis, pendidikan dokter umum, dokter gigi, perawat, farmakolog, dan ahli-ahli madya wajib memperoleh modul kesehatan lansia. Para akademisi juga bertanggung jawab memperjuangkan berbagai program di tingkat pemerintah untuk pendanaan studi lansia di daerah perdesaan. Salah satu program yang dapat menjadi contoh adalah *The Rural Consortium for Health Outreach Information and Screening for Older Adults* (Rural CHOIS).<sup>25</sup> Di Montana Amerika Serikat, dengan misi menyediakan informasi dan pelayanan skrining kesehatan lansia di daerah perdesaan Montana. Program tersebut juga mendidik calon lulusan yang akan bekerja pada kesehatan lansia. Pelatihan lapangan dilaksanakan melalui kunjungan ke desa-desa untuk berinteraksi dan merawat lansia. Program ini dinilai efektif menciptakan tenaga kesehatan yang paham kesehatan lansia sekaligus menciptakan sistem pendidikan dan pelayanan lansia yang baik di Montana.<sup>25</sup>

Pelayanan kesehatan berbasis perawatan rumah (*home care*) dapat menjadi alternatif strategi untuk masa depan. Sistem ini membutuhkan investasi dana dan sumber daya manusia yang besar, tetapi kelangsungannya dapat menunjang sistem kesehatan lansia secara lebih baik.<sup>11,18</sup> Sistem ini dapat mengurangi beban keluarga dalam perawatan lansia dan mengoptimalkan segenap sumber daya teknologi, sarana/prasarana primer, serta sumber daya manusia untuk meningkatkan aspek promosi kesehatan, pencegahan, dan pengobatan terhadap masalah-masalah kesehatan lansia. Apabila sistem ini berjalan baik, Indonesia dapat menjadi negara dengan lansia berkualitas tinggi.

#### **Kesimpulan**

Masalah lansia di daerah perdesaan terpencil di Kepulauan Tanimbar dapat dikelompokkan menjadi gangguan kesehatan, sosial budaya, pelayanan kesehatan, dan program-program lansia. Gangguan kesehatan yang ditemui meliputi artralgia, katarak, gastritis kronis, nyeri pinggang bawah, hipertensi, dan diabetes melitus. Sebagian besar lansia mempunyai status kognitif, emosional, dan fungsional yang tergolong baik. Masalah sosial budaya adalah migrasi golongan usia muda ke kota atau luar pulau sehingga lansia hidup dalam kesendirian, termarginalisasi, dan mengalami disfungsi sosial ekonomi. Hal ini berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang belum optimal, tidak ada pelayanan kesehatan khusus lansia, kurangnya sarana/prasarana publik, serta kurangnya tenaga kesehatan. Posyandu lansia belum berfungsi secara efektif, cakupan program sangat kurang, informasi kegiatan minim, serta tenaga kader belum optimal.

## Saran

Penguatan sistem pelayanan kesehatan lansia di daerah terpencil dan perdesaan melalui puskesmas dan posyandu lansia, peningkatan perhatian pemerintah daerah, peningkatan pengetahuan dan disiplin sumber daya manusia kesehatan, dan personel khusus di bidang kesehatan lansia, serta melakukan berbagai studi dan inovasi program berbasis komunitas terhadap lansia. Ke depan, berbagai studi epidemiologi dan inovasi strategi pelayanan kesehatan lansia di daerah perdesaan terpencil di Indonesia perlu dipikirkan dalam rangka menyongsong ledakan jumlah lansia yang sebagian besar akan bermukim di daerah perdesaan.

## Daftar Pustaka

1. Help Age International. Age friendly community health services in Aceh, Indonesia. Thailand: Help Age International Asia Pasific Regional Development Centre; 2006.
2. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Data statistik penduduk Indonesia. Jakarta: Pusat Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2004.
3. Soejono CH. Pengkajian paripurna pada pasien geriatri. Dalam: Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi A, Simadibrata M, Setiati S, editor. Buku ajar ilmu penyakit dalam. Jilid III. Edisi IV. Jakarta: Pusat Penerbit Ilmu Penyakit Dalam; 2006. hal. 1425-30.
4. United Nations. World population prospect 2001. New York: United Nations; 2001.
5. United Nations. World population prospect 2004. New York: United Nations; 2004.
6. Chacko A, Joseph A. Health problems of the elderly in rural south India. Indian Journal of Community Medicine. 1990; 15 (2): 70-3.
7. Ahn YH, Kim MJ. Health care needs of elderly in a rural community in Korea. Public Health Nursing. 2004; 21 (2): 153-61.
8. Braithwaite RL, Lythcott N. Community empowerment as a strategy for health promotion for black and other minority populations. Journal of American Medical Association. 1989; 261: 281-3.
9. Kumar V, Acanfora M, Hennessy CH, Kalache A. Health status of the rural elderly. The Journal of Rural Health. 2001; 17 (4): 328-31.
10. Levine SA, Barry PP. Home care. In: Cassel CK, Leipzig RM, Cohen HJ, Larson EB, Meier DE, editors. Geriatric medicine: an evidence based approach. 4th ed. New York: Springer Verlag; 2003. p. 121-32.
11. Asahara K, Momose Y, Murashima S. Family care giving of the elderly and long term care insurance in rural Japan. International Journal of Nursing Practice. 2002; 8: 167-72.
12. Godden D. Providing health services to rural and remote communities. The Journal of The Royal College of Physicians of Edinburgh. 2005; 35: 294-5.
13. Li Y, Chi I, Zhang K, Guo P. Comparison of health services use by Chinese urban and rural older adults in Yunnan province. Geriatr Gerontol Int. 2006; 6: 260-9.
14. Nemet GF, Bailey AJ. Distance and health care utilization among the rural elderly. Social Science and Medicine. 2000; 50: 1197-1208.
15. Giles LC, Halbert JA, Gray LC, Cameron ID, Crotty M. The distribution of health services for older people in Australia: where does transition care fit? Australian Health Review. 2009; 33 (4): 572-82.
16. Larson A. Rural health demographic destiny. Rural and Remote Health. 2005; 51 (6): 1-8.
17. Manthorpe J, Iliffe S, Clough R, Cornes M, Bright L, Moriarty J, et al. Elderly people perspectives on health and well being in rural communities in England: findings from the evaluation of the national service framework for older people. Health and Social Care in Community. 2008; 16 (5): 460-8.
18. Kumamoto K, Arai Y, Zarit SH. Use of home care services effectively reduces feelings of burden among family caregivers of disabled elderly in Japan: preliminary results. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2006; 21: 163-70.
19. Ogawa T. Social services for the elderly based on the new rurality: the Japanese experience. The Journal of Rural Health. 2001; 17 (4): 374-7.
20. Fuadi H. Studi fenomenologi motivasi lansia dalam memanfaatkan posyandu lansia di Kelurahan Sidomulyo Kecamatan Matesih Kabupaten Karanganyar [tesis]. Semarang: Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro; 2009.
21. Zain I. Efektivitas pelaksanaan program posyandu usia lanjut di Pekon Pardasuka, Kecamatan Pardasuka, Kabupaten Tanggamus [tesis]. Bandar Lampung: Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Lampung; 2009.
22. Hasibuan W, Ismayadi. Hubungan program pelayanan posyandu lansia terhadap tingkat kepuasan lansia di daerah binaan Puskesmas Darussalam Medan [tesis]. Medan: Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara; 2009.
23. Wahyuna AW. Pengaruh pendidikan kesehatan tentang posyandu lansia terhadap pengetahuan dan sikap kader dalam pemberian pelayanan di posyandu lansia wilayah kerja Puskesmas Kauman Ngawi [tesis]. Surakarta: Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2008.
24. Fogelholm M, Valve R, Absetz P, Heinonen H, Uutela A, Patja K, et al. Rural urban differences in health and health behaviour: a baseline description of a community health promotion programme for the elderly. Scandinavian Journal of Public Health. 2006; 34: 632-40.
25. Stratton TP, Cochran GA. A rural geriatric health experience. American Journal of Pharmaceutical Education. 1998; 62: 151-5.